

Zveza Sonček, Rožanska 2, 1000 Ljubljana

Enota BS:

**PROŠNJA ZA SPREJEM ALI PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO
VARSTVO ALI PRILAGOJENO STANOVANJE**

Sprejem

Premestitev

v (označite):

PRILAGOJENO STANOVANJE

INSTITUCIONALNO VARSTVO

trajanje:

STALNO (NE DOLOČEN ČAS)

ZAČASNO (MANJ KOT 1 MESEC)

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. ROJEN(a) dne: _____

KRAJ in OBČINA ROJSTVA: _____

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta: _____

4. TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____

5. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA: _____

6. DAVČNA ŠTEVILKA: _____

7. ALI STE PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANI:

DA

NE

8. IME IN PRIIMEK OSEBNEGA ZDRAVNIKA: _____

9. ŠOLSKA IZOBRAZBA: Stopnja izobrazbe (zadnja končana šola): _____

10. IME IN NASLOV PRISTOJNEGA CSD: _____

11. IME IN PRIIMEK SOCIALNEGA DELAVCA NA CSD: _____

12. PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI OZIROMA BIVANJU (obkrožite):

- želim sam(a),
 želim z možem / ženo ali zunajzakonskim partnerjem,
 želim pri otrocih,
 želim pri starših,
 želim pri drugih sorodnikih,
 želim pri drugih ljudeh,
 v drugi obliki institucionalnega varstva;(naslov _____)

ZAKONITI ZASTOPNIK OZIROMA POOBLAŠČENEC

(**Zakoniti zastopnik** je tisti, ki je kot tak določen z zakonom ali z aktom pristojnega organa na podlagi zakona; **Pooblaščenec** je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku sprejema, premestitve oziroma odpusta iz zavoda)

13. IME IN PRIIMEK: _____

14. ROJEN(a) dne: _____ KRAJ: _____

15. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Pošta: _____

16. TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____

MESEČNI DOHODKI UPORABNIKA IN PLAČILO STORITVE

17. REDNI MESEČNI DOHODKI:

Nimam rednih dohodkov

Imam redne dohodke, in sicer:

Pokojnina (starostna, invalidska, vdovska, družinska, državna): _____ EUR

Št. upravičenca : _____

Invalidnina _____ EUR

Dodatek za pomoč in postrežbo _____ EUR

Varstveni dodatek _____ EUR

Nadomestilo za invalidnost _____ EUR

Drugi dohodki (npr.: renta, priznavalnina) _____ EUR

SKUPAJ _____ **EUR**

18. Zaposil bom za oprostitev plačila oziroma za doplačilo

DA

NE

BIVANJE V BIVALNI SKUPNOSTI

19. NAVEDITE, ZAKAJ ŽELITE BIVATI V BIVALNI SKUPNOSTI:

20. ALI POTREBUJETE DNEVNI PREVOZ? DA NE

21. KAKŠNO IN KOLIKO POMOČI POTREBUJETE PRI VSAKDANJIH
OPRAVILIH IN SKRBI ZASE ?

Pri	Sem samostojen/a	Potrebuje pomoč		Opomba
		občasno	stalno	
oblačenju in slačenju				
obuvanju in sezuvanju				
umivanju, kopanju				
prehranjevanju				
odvajanju				

22. ALI STE UPORABNIK INVALIDSKEGA VOZIČKA? DA NE

23. KDAJ ŽELITE ZAČETI Z BIVANJEM V BIVALNI SKUPNOSTI?

24. ŽELIM, DA SE PROŠNJO ZA SPREJEM OZIROMA PREMESTITEV POSREDUJE ŠE
NASLEDNJI ZAVODOM:

K PROŠNJI PRILAGAM:

1. potrdilo o državljanstvu in potrdilo o stalnem bivališču oziroma dovoljenje za stalno bivanje, oziroma fotokopijo osebnega dokumenta,
2. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, staro največ mesec dni, če ni razvidno iz dokazil iz zadnje točke,
3. dokazilo o višini prejemkov (npr. zadnji odrezek pokojnine),
4. fotokopijo odločbe o priznanju statusa invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb
5. odločbo pristojnega organa oziroma izvedensko mnenje pristojne komisije (izvid in mnenje pristojne komisije za razvrščanje,...), izdano v postopku uveljavljanja pravic po drugih predpisih

OPOMBA: če prošnjo za sprejem oziroma premestitev vlaga zakoniti zastopnik ali pooblaščenec, mora priložiti kopijo pooblastila oziroma odločbe.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljujem, da se moji osebni podatki, navedeni v tej prošnji, posredujejo zavodom, ki sem jih navedel v 21. točki te prošnje in jih oni uporabljajo v postopkih uveljavljanja pravice do institucionalnega varstva.

V _____, dne: _____ Podpis uporabnika _____
(zakonitega zastopnika oziroma pooblaščenca)
oziroma
Podpis drugega vlagatelja _____
(če prošnje ne vlaga uporabnik)
- razmerje do uporabnika _____
- naslov _____

* obvezna priloga le v primeru, da storitev (do)plačuje tudi tretja oseba